

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M22000301>

La fibrinólisis intracoronaria como estrategia de rescate ante una catástrofe trombótica masiva. Resolución



Intracoronary fibrinolysis as a bailout strategy for massive thrombotic catastrophe. Case resolution

Rui Flores*, João Costa, Carlos Braga, Catarina Vieira y Catarina Quina-Rodrigues

Cardiology Department, Hospital of Braga, Braga, Portugal

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M22000299>

<https://doi.org/10.24875/RECIC.M22000300>

RESOLUCIÓN DEL CASO

Los vasodilatadores intracoronarios intensivos, incluidos los nitratos y la adenosina intracoronarios también resultaron fallidos. Se administraron un total de 0,3 mg/Kg de enoxaparina durante la intervención. Por último, se intentó fibrinólisis intracoronaria con la administración de tenecteplasa (8.000 UI). Diez minutos después de instilarla, la recanalización resultó imposible y el procedimiento se dio por concluido. Se diagnosticó un infarto de miocardio tipo 4a y se administró un curso adicional de 48 horas de eptifibatida (bolo de 180 µg/Kg más perfusión de 2 µg/Kg/min) (figura 1).

Tras la intervención, el paciente se quejaba de dolor torácico observándose la presencia de elevación del segmento ST. El dolor pudo controlarse durante las primeras 12 horas. Los niveles máximos de troponina alcanzaron los 113 ng/ml. Se administró durante la hospitalización (1 semana) un tratamiento antitrombótico triple a base de ácido acetilsalicílico, ticagrelor, y una dosis completa de enoxaparina. La evaluación ecocardiográfica seriada reveló la presencia de disfunción leve del ventrículo izquierdo con hipocinesia grave de la pared inferior. La función sistólica del ventrículo derecho estaba deprimida (excursión sistólica del plano del anillo tricúspide [TAPSE] de 12 mm). Se dio de alta al paciente con tratamiento antiagregante plaquetario doble y seguía asintomático tras 5 meses de seguimiento. Las imágenes obtenidas mediante resonancia magnética cardíaca (figura 2) revelaron un ventrículo derecho de un tamaño normal con función preservada, pero hipocinesia leve de la pared libre del ventrículo derecho. Los segmentos medio y basal revelaron realce tardío de gadolinio. La función sistólica del ventrículo izquierdo se mantuvo algo deprimida con acinesia de las paredes inferolateral e inferior. La prueba de detección de isquemia residual dio negativo.

Este caso clínico ilustra una complicación rara de una intervención habitual. Nuestro paciente desarrolló una oclusión coronaria tras intentarse una angioplastia electiva. Además, se intentó inmediatamente revascularizar mediante aspiración y fibrinólisis intracoronaria. El fenómeno de *no-reflow* probablemente se debió a una trombosis local; en cualquier caso, mecanismos como la disección coronaria iatrogénica son plausibles. El uso de imagen intracoronaria no se contempló en este contexto clínico ante el riesgo de que el catéter de imagen pudiera empeorar una hipotética disección. A pesar del hecho de que estas técnicas fracasaron, el caso viene a ilustrar las numerosas posibilidades de revascularización existentes. Tanto la enfermedad autoinmune de base como el tratamiento con corticosteroides crónicos pudieron haber contribuido a esta catástrofe trombótica.

En la era actual de los potentes agentes antiagregantes plaquetarios, el riesgo de infarto de miocardio asociado a la revascularización coronaria percutánea es raro. En muchos casos, existe una patología de base que parece aumentar el riesgo de eventos trombóticos. Además, el tratamiento de los infartos tipo 4a resulta difícil por lo que la aparición de nuevas técnicas de rescate se antoja esencial. La fibrinólisis intracoronaria se ha propuesto como terapia de rescate para pacientes con una carga trombótica alta, pero podría ser deletérea en ciertos escenarios clínicos por el aumento de las complicaciones hemorrágicas^{1,2}.

Nuestro caso confirma que no todos los infartos tipo 4a tienen resultados favorables, pero también pone de manifiesto los distintos abordajes percutáneos que seguimos teniendo a nuestra disposición para el manejo de estas raras complicaciones. La recuperación de la función sistólica del ventrículo derecho pone de manifiesto la adaptabilidad tanto del árbol coronario como de la circulación derecha³. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito del paciente.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ruifilesflores@gmail.com [R. Flores].

Online el 5 de octubre de 2022.

Full English text available from: www.recintervcardiol.org/en.

2604-7306 / © 2022 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.

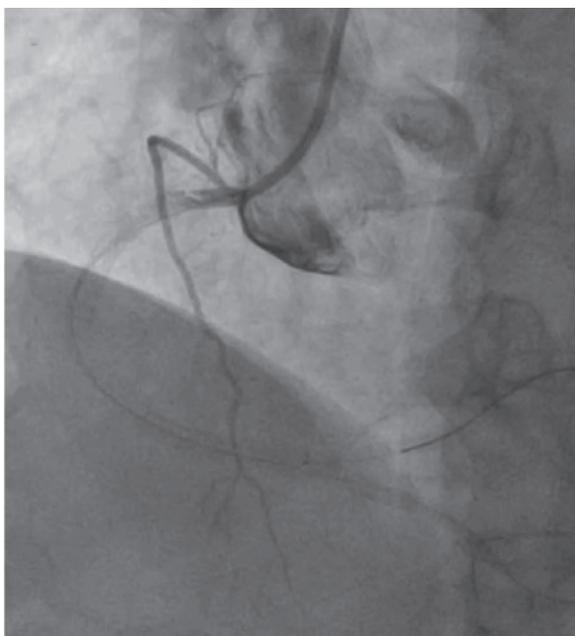


Figura 1. Angiografía tras instilación de 8.000 UI de tenecteplasa sin repermeabilización; posteriormente, se dio por terminado el procedimiento.

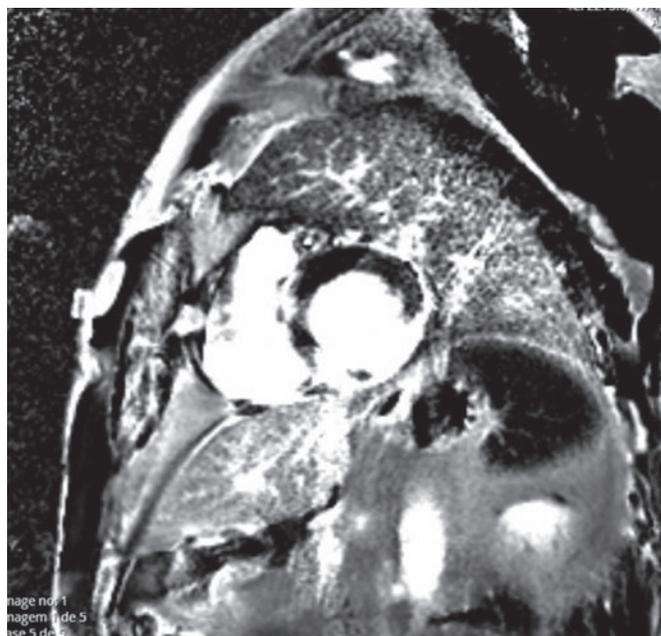


Figura 2. Planos del eje corto obtenidos mediante resonancia magnética cardiaca.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

R. Flores analizó los datos y diseñó el manuscrito. J. Costa, C. Braga, C. Vieira y C. Quina-Rodrigues participaron en la revisión del mismo.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

MATERIAL ADICIONAL



Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.24875/RECIC.M22000301>.

BIBLIOGRAFÍA

1. Unzue L, Garcia E, Teijeiro R, et al. Local Intracoronary Fibrinolysis in Acute Myocardial Infarction of Ectatic Coronary Arteries in the Post-Abciximab Era. *Cardiovasc Revasc Med.* 2021;32:69-74.
2. Kelly RV, Crouch E, Krumnacher H, et al. Safety of adjunctive intracoronary thrombolytic therapy during complex percutaneous coronary intervention: initial experience with intracoronary tenecteplase. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2005;66:327-332.
3. Addetia K, Patel AR. Beyond right ventricular size and function: the importance of evaluating the right ventricle's capacity for recovery. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* 2014;12:1269-1273.